Lane Medical Library

Ueber die

verschiedenen Formen der Scheiden- und Uterusvorfälle.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH VERTHEIDIGT

am 10. August 1867

VON

Heinrich Vennekel

aus Hüls (Rheinprovinz).

OPPONENTEN:

Dr. med. et phil. Paulus Confeld, Ritter etc.
Dr. med. Ernst Kohlmann.
Dd. med. Arthur Thomé.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0364

Seinen

geliebten Eltern

in Achtung und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Da die wesentlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Formen, in denen sowohl Scheiden- wie auch Uterusvorfälle auftreten können, oft sehr wenig berücksichtigt und gewürdigt werden, so habe ich es mir zur Aufgabe gestellt, in vorliegender Abhandlung darauf hinzuweisen, wie mannigfach ein Vorfall sich eigentlich darstellen kann. Der Versuch, die einzelnen Formen der Scheiden- und Uterusvorfälle von einander zu trennen, wurde mir besonders dadurch möglich gemacht, dass mein hochverehrter Lehrer Herr Geheimrath Martin mit der grössten Freundlichkeit mir die Journale der Berliner ambulatorischen Klinik zur Verfügung stellte und mir erlaubte, Fälle aus denselben zu veröffentlichen. Zunächst will ich nun darlegen, was ich unter Vorfall verstehe.

Ein Vorfall kann entweder von der Vagina oder vom Uterus oder auch von beiden zugleich gebildet werden.

Es kommt mitunter vor, dass die Gebärmutter mit dem Muttergrund an der gewöhnlichen Stelle gefunden wird, und dass sich dennoch eine wulstförmige Geschwulst entweder in der Vagina selbst oder vor der Vulva findet; diese Geschwulst nun kann bedingt sein durch eine Senkung der vorderen oder durch eine Senkung der vorderen und der hinteren Scheidenwand zugleich.

Bei Weitem häufiger bilden jedoch diese Scheidensenkungen nicht den einzigen pathologischen Befund, denn bei sorgfältiger Untersuchung wird man wahrnehmen, dass sich auch die Gebärmutter nicht normal verhält, dass die Länge ihrer Höhle das gewöhnliche Mass 6,5 Cm. oft bedeutend übersteigt; ausserdem ist meist mit der vorderen Scheidenwand die hintere Blasenwand, oder auch, jedoch in seltenen Fällen, mit der hinteren Scheidenwand die vordere Wand des Rectums herabgesunken.

Was nun den Vorfall der Gebärmutter selbst anbetrifft, so scheint es mir gerechtfertigt und mit Bezug auf die Therapie besonders wichtig, zwei Arten von Prolapsus von einander zu scheiden.

Es kommen Fälle vor, wo die Portio vaginalis sehr tief unter der normalen Stelle stehend angetroffen wird, wobei sich jedoch der Fundus uteri keineswegs herabgesenkt hat, sondern ganz bestimmt constatirt werden kann, dass dieser sich an seiner normalen Stelle, wenige Millimeter unterhalb des Beckeneinganges gefunden wird. Eben diese Fälle will ich zur ersten Art von Prolapsus uteri rechnen.

Diese Annahme wird zwar nicht allgemein gebilligt, jedoch glaube ich diese Elongationen des Cervix uteri und insbesondere der Portio vaginalis den Vorfällen im weiteren Sinne ohne Bedenken zuzählen zu dürfen; es ist hier zwar der Uterus nicht in seiner Gesammtheit herabgetreten, aber ein mehr oder weniger grösserer Theil desselben hat sich herabgesenkt, ist unvollkommen oder vollkommen prolabirt. Hierfür spricht sich auch Herr Geheimrath Martin aus.

Ebenso rechnet Herr Professor Virchow die Hypertrophie des Cervix uteri zum Prolapsus uteri, denn in seinen gesammelten Abhandlungen finde ich einen Aufsatz, der folgendermassen überschrieben ist: „Ueber Vorfall der Gebärmutter ohne Senkung ihres Grundes“ [1]); ausserdem hörte ich einige Male im demonstrativen Cursus der pathologischen Anatomie, dass er von einem Prolapsus uteri sprach, wo keine Senkung des Grundes stattgefunden hatte.

Bei der zweiten Art von Prolapsus uteri ist die Gebärmutter in ihrer Totalität herabgesunken; bei diesem Zustande kann man ganz zweckmässig mit v. Siebold zwei Grade von Vorfall unterscheiden: einen unvollkommenen und einen vollkommenen Vorfall. Unvollkommener Vorfall ist diejenige Dislocation der Gebärmutter, wobei diese einen abnorm tiefen Stand innerhalb der Beckenhöhle einnimmt, dagegen ist bei vollkommenem Vorfall die Gebärmutter theilweise oder ganz vor die äusseren Genitalien herabgetreten. Mit diesen Dislokationen des Uterus sind meist Scheidenvorfälle complicirt.

Hiernach will ich folgende Eintheilung meiner Abhandlung zu Grunde legen:

I. Die Gebärmutter ist an ihrer gewöhnlichen Stelle, jedoch ist entweder
   1. die vordere Scheidenwand oder es sind
   2. beide Scheidenwände vorgefallen.

II. Die Gebärmutter ist abnorm verlängert, und daneben besteht ein Vorfall:

---

1) Virchow, gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. 1856. S. 812.

1. der vorderen, oder
2. der hinteren Scheidenwand, oder
3. beider Scheidenwände.

Hierbei besteht meist noch Cysto- oder Rectocele.

III. Die Gebärmutter selbst ist
1. blos mit dem unteren Theile,
2. in ihrer Gesammtheit herabgesunken.

Zu 2. will ich auch diejenigen Fälle rechnen, in denen der Uterus im Becken herabgetreten und mit seinem Fundus sich nach vorn oder nach rückwärts geneigt und sich mit einem Prolapsus vaginae complicirt hat.

I. Einfache Scheidenvorfälle.

Wenn ein einfacher Scheidenvorfall zu Stande kommen soll, so muss die Vagina schon vorher sehr erweitert, erschlafft und dehnbar sein; es ist unmöglich, dass die Scheidenwände sich senken, so lange sie ihren Tonus besitzen und die angrenzenden Gewebe straff und unversehrt sind. Einflussreich auf das Entstehen eines Prolapsus vaginae sind daher besonders alle jene Momente, welche direct auf den Genitalapparat erschlaffend und schwächend wirken. Hier wäre besonders zu nennen Onanie, zu stürmisch und zu häufig ausgeübter Coitus, chronischer Fluor albus, Missbrauch warmer Bäder und warmer Injectionen in die Scheide oder Dampfbäder.

Nichts prädisponirt aber wohl mehr zum Zustandekommen eines Scheidenvorfalles, als häufige Geburten.

1. Vorfall der vorderen Scheidenwand.

Die Gravidität selbst hat schon einen bedeutenden

Einfluss auf die Scheide; in den mittleren Schwangerschaftsmonaten nämlich erhebt sich der Uterus, während er an Volumen immer mehr zunimmt und der Scheidentheil sich zu verkürzen beginnt, mit seinem unteren Abschnitte etwas in die Höhe, womit nothwendig eine Zerrung und Ausdehnung, zugleich aber auch eine geringe consensuelle Hypertrophie der Scheide verbunden sein muss. In den letzten Monaten sinkt der bis zur Herzgrube ausgedehnte Uterus allmälig herab, und so finden wir denn zu dieser Zeit sehr oft die vordere Scheidenwand wulstig herabgedrängt und schon einen geringen Prolapsus bildend. Während des Geburtsactes nun ist die vordere Scheidenwand, mag sie bereits etwas prolabirt oder mag dies nicht der Fall sein, immerhin einer bedeutenden quetschenden Gewalteinwirkung ausgesetzt; aus allem Diesen ist es wohl leicht erklärlich, dass später oft eine geringfügige Ursache genügt, um einen Vorfall dieser Scheidenwand hervorzubringen. Und in der That finden wir auch zumeist Vorfälle der vorderen Scheidenwand; unter 33 einfachen Scheidenvorfällen war 22 Mal die vordere Scheidenwand theils allein, theils mit der Blase prolabirt, während 11 Mal beide Scheidenwände herabgesenkt waren.

Diese 33 Fälle von Prolapsus vaginae bei ziemlich normalem Verhalten des Uterus finden sich unter 195 von mir gesammelten Fällen von Prolapsus überhaupt, welche vom Herbste 1858 bis Ostern 1867 in der ambulanten gynäkologischen Klinik der Berliner Universität beobachtet wurden. Nehmen wir auf die Anamnese solcher Frauen, welche an einem Prolapsus vagi-

nae anterior leiden, Rücksicht, so datiren sie meist ihr Leiden vom Puerperium her: sie haben frühzeitig die horizontale Lage verlassen, sich eine catarrhalische Entzündung der Genitalien zugezogen, heftige Hustenanfälle im Wochenbett gehabt, oder sie haben vorzeitige starke Anstrengungen gemacht. Es ist also wohl anzunehmen, dass diese Momente auf die erschlaffte vordere Scheidenwand nicht wenig einwirken.

Im Ganzen ist es ziemlich selten, dass die vordere Scheidenwand allein vorgefallen ist, meist hat sich mit derselben die hintere Blasenwand herabgesenkt; dieses Verhalten ist leicht erklärlich aus der engen Aneinanderlagerung und der festen Verbindung der vorderen Scheidenwand mit der hinteren Blasenwand durch straffes Bindegewebe.

Es ist nicht leicht zu entscheiden, ob das aetiologische Moment einer solchen Hernia vesico-vaginalis primär in der vorderen Scheiden- oder der hinteren Blasenwand gelegen ist. So legt Scanzoni[2]) sehr viel Gewicht darauf, dass „die vordere Vaginalwand durch stärkere Füllungsgrade der Blase, wenn sie sich oft wiederholen, allmälig immer mehr und mehr ausgedehnt und in das Lumen der Vagina hereingedrängt werde.“ Am meisten für sich hat Förster's Ansicht, indem er in seiner pathologischen Anatomie angiebt: „Der Blasenscheidenbruch ist bald secundär als Folge eines Prolapsus vaginae und uteri, bald primär und die letzteren zuweilen nach sich ziehend. Im ersten Falle wird die hintere Blasenwand durch die Scheide

[2]) Scanzoni, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 1863. S. 494.

und den Cervix mit herabgezogen, die Richtung der Urethra umgekehrt; bei gefüllter Blase erscheint der prolabirte Theil derselben als eine den obern Theil des Prolapsus vaginae oder uteri einnehmende Geschwulst, welche aus dem herabgezogenen und durch den länger in ihr zurückgehaltenen Urin abnorm ausgedehnten Blasengrunde besteht. Im zweiten Falle beginnt die Veränderung mit einer abnormen Ausbuchtung des Blasenhalses und Blasengrundes nach unten; durch dieselbe wird die vordere Scheidenwand hervorgetrieben, und es erscheint zwischen den Schamlippen eine taubenei- bis wallnussgrosse Geschwulst. Indem der Abgang des Urins aus dem ausgebuchteten Stück der Blase erschwert ist, wird derselbe sehr lange daselbst zurückgehalten und dadurch die Ausbuchtung vermehrt, die Scheide daher auch immer mehr vorgedrängt.“[3])

Unter den 22 Fällen von Prolapsus vaginae anterior war 13 Mal die Vesica urinaria mit herabgetreten. Von diesen Fällen von Hernia vesico-vaginalis will ich folgende exquisite mittheilen:

I. (Klin. Journ. 23. Jan. 1859). Frau Lehn, 34 Jahre alt, gebar mit 20 Jahren und stillte das Kind nicht selbst. 1½ Jahr später zeigte sich eine Geschwulst. Mit 28 Jahren gebar sie das zweite Kind und nährte dieses ¾ Jahre lang. Vier Wochen nach dem Aufhören des Stillens trat die Regel ein.

Bei der Untersuchung zeigt sich eine Cystocele va-

---

[3]) Förster's Handbuch der pathologischen Anatomie. 1863. II. Theil S. 455.

ginalis; der Uterus ist nicht verlängert und befindet sich an der normalen Stelle.

Es werden zuerst Sitzbäder von Decoctum cort. Quercus verordnet, später wird ein Roser'scher Hysterophor angelegt.

II. (Klin. Journ. 25. Jan. 1859). Frau Stepel, 53 J. alt, war immer regelmässig menstruirt; sie gebar zuerst im 27. Jahre und mit 37 Jahren zum fünften Male. Nach dieser letzten Geburt soll ein Vorfall eingetreten sein. Im 47. Jahre erfolgte die sechste Entbindung. Die Menses waren noch bis zum Ende des Jahres 1857 vorhanden. Der Vorfall soll jetzt grösser werden und mehr Beschwerden, besonders zeitweise Urinbeschwerden, verursachen. Der Stuhlgang ist normal und im Uebrigen besteht Wohlbefinden.

Die Exploration mit der Sonde ergibt, dass der Uterus sich normal verhält und nicht verlängert ist; es besteht dagegen ein Prolapsus vaginae anterior cum Cystocele. Am Muttermunde bemerkt man zwei schrundige Einrisse neben etwas narbigen Stellen. Der Muttermund wird mit Hydrargyrum oxydulatum nitricum solutum touchirt und Sitzbäder aus Cortex Quercus und Alumen verordnet. Am 5. Februar wird ein Roser-scher Hysterophor angelegt.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch der nachtheiligen Folgen Erwähnung thun, welche eine grosse Cystocele vaginalis im uropoetischen System hervorbringen kann. Ist nämlich ein grosser Theil der Harnblase, besonders die Basis des Trigonum, also die Stelle, wo die Uretheren einmünden, bis unter die Symphysis ossium pubis hervorgestülpt, so müssen die

Ausmündungsstellen comprimirt werden, es muss also eine Stauung des Urins nach rückwärts stattfinden, wodurch die Harnleiter in ihren obern Theilen erweitert, die Nierenbecken ausgedehnt und die Nierensubstanz allmälig verkleinert wird, somit Hydronephrose entsteht.

2. Vorfall der hinteren Scheidenwand.

Fälle, wo die hintere Scheidenwand allein ohne weitere Complicationen vorgefallen wäre, kommen wohl nicht vor; unter den 195 Fällen wurden keine beobachtet; es kann wohl eine Hernia vaginae posterior sich mitunter finden, welche durch Ausbuchtung des Rectums oder durch fehlerhafte Lagerung der Intestina verursacht ist. Auch bei Frauen, deren Abdomen durch Wasseransammlungen, Ovarialtumoren stark ausgedehnt ist, oder bei Schwangeren kann mitunter die hintere Scheidenwand prolabiren, wie uns folgende Fälle zeigen:

I. (Klin. Journ. 18. April 1863). Frau Tilitzhy, 40 J. alt, mit 13 Jahren menstruirt, wurde zuerst im 22. Jahre entbunden; später erfolgten noch 7 schwierige Entbindungen, worunter 3 vorzeitige waren.

Zuletzt gebar die Frau im Juni 1862 einen dreimonatlichen Fötus. Seitdem sollen Blutungen bestehen und vor zwei Tagen ist ein grösserer Blutklumpen ohne Schmerzen abgegangen.

Bei der Exploration zeigt sich das Abdomen stark ausgedehnt und deutliche Fluctuation. Der Percussionston ist im ganzen unteren Theile des Leibes gedämpft. Die hintere Scheidenwand ist prolabirt, sowie auch das Rectum mitausgebuchtet. Die Muttermundslippen sind eingekerbt und etwas angeschwollen. Die

Sonde weicht ein wenig nach links ab; die Länge der Uterushöhle ist 7 Cm.

Dass Ascites einen Prolapsus vaginae posterior hervorbringen kann, ist leicht erklärlich aus dem anatomischen Verhalten des Peritonäum zur hinteren Vaginalwand; diese wird nämlich in ihrer oberen Parthie noch vom Bauchfell überzogen, und so vermögen Exsudate, welche sich in letzterem ansammeln, mitunter eine Hervorstülpung der hinteren Scheidenwand, welche ihrerseits das Rectum mitnimmt, zu bewirken.

II. (Klin. Journ., 4. Juli 1863). Frau Hampe wurde 3 Mal rechtzeitig entbunden. Vor vier Wochen fühlte sie sich unwohl, ohne ein bestimmtes Leiden dafür angeben zu können. Sie wurde längere Zeit mit Laxanzen anderswo behandelt, wonach sich die Beschwerden steigerten. Jetzt will sie seit einiger Zeit eine hervortretende Geschwulst bemerkt haben; sie war Anfangs Februar zuletzt menstruirt und fühlt seit Anfang Juni Kindesbewegungen.

Der Fundus uteri zeigt sich in der Höhe des Nabels. Durch die Rima pudendi tritt eine eigrosse Geschwulst mit wenig gerunzelter Oberfläche hervor, welche sich als die prolabirte hintere Scheidewand ergiebt; das Rectum ist mit nach vorn ausgestülpt.

Die Portio vaginalis ist etwas aufgelockert, vorn ist ein balottirender Körper fühlbar. Erstere ist bläulich gefärbt. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels zeigen sich varicöse Venen und in der Scheide ist eitriges Secret. Es wird Aqua Plumbi zu Umschlägen verordnet. Am 3. October giebt die Frau an, dass sie vor 4 Wochen abortirt habe; auch jetzt

zeigt sich noch die Rectocele vaginalis. Es werden Alauntampons zum Einlegen angerathen. Am 11. März 1865 ist der Befund derselbe, und es werden Tannin-Einspritzungen verordnet.

3. Vorfälle beider Scheidenwände.

Diese Fälle kommen auch nicht so oft vor, wie der Prolapsus vaginae anterior; unter den 195 Fällen konnten sie nur 11 Mal constatirt werden.

Wie einflussreich die Geburt auf das Zustandekommen von Scheidenvorfällen ist, geht daraus hervor, dass sämmtliche 11 Frauen ihr Leiden von einer Geburt herdatirten. Als Beleg will ich folgenden Fall anführen:

I. (Klin. Journ. 17. Febr. 1866.) Frau Klein, 52 Jahre alt, mit 16½ Jahren menstruirt, wurde 3 Mal entbunden. Nach der letzten Entbindung vor 11 Jahren soll sich ein Vorfall gezeigt haben, der vor zwei Jahren schlimmer wurde, als die Menses cessirten. Jetzt sollen noch Blutungen eingetreten sein.

Es zeigt sich ein Prolapsus vaginae anterior et posterior. Der Muttermund ist etwas geöffnet, die Lippen desselben sind weich. Der Uterus ist nicht verlängert; der Scheidentheil links ein wenig erodirt. Es wird ein gestieltes Pessarium eingelegt und Cuprum sulphuricum zum Einspritzen verordnet.

II. Folgenden Fall beobachtete ich selbst in der Klinik des Herrn Geheimraths Martin am 16. März 1867. Caroline Pfeifer, 38 Jahre alt, mit 14 Jahren zuerst und seitdem regelmässig menstruirt, hat 4 Mal geboren. Nach der letzten Entbindung, die vor ½ Jahre erfolgte, will sie einen Vorfall bemerkt haben; ausserdem

bestand damals Husten. Im Februar soll die Regel 2 Mal dagewesen sein. Der Leib ist gegen Druck empfindlich. Zwischen den Labiis majoribus zeigt sich eine grosse Geschwulst, die sich als Prolapsus vaginae anterior et posterior herausstellt. Cystocele ist nicht vorhanden, dagegen Rectocele vaginalis. Der Prolapsus vaginae anterior ist durch Schwellung der Vagina hervorgebracht. Die Portio vaginalis steht in normaler Höhe. Die Patientin wird in die gynäkologische Abtheilung der Charité aufgenommen.

Die Beschwerden solcher Patientinnen, welche an einfachen Scheidenvorfällen leiden, bestehen hauptsächlich in Kreuzschmerzen und Uebelkeit, und wenn sich eine Hernia vesico-vaginalis noch gebildet hat, so sind die unangenehmen Empfindungen und Beschwerden bedeutender: Das unter dem Niveau der Urethra liegende Blasendivertikel bleibt oft stets mit Urin gefüllt, wodurch der Vorfall nach und nach an Grösse zunimmt. Der Urin zersetzt sich und bringt alsdann eine catarrhalische Entzündung der Schleimhaut des Blasengrundes hervor, welche sich bis auf die Harnröhre ausbreiten kann und bei jeder Urinentleerung zu brennenden Schmerzen Veranlassung giebt. Nicht minder lästig sind oft die Beschwerden, welche durch eine Hernia recto-vaginalis erzeugt werden; hierbei können sich in der gebildeten Ausbuchtung Kothmassen anhäufen und einen beständigen Reizungszustand der Mastdarmschleimhaut unterhalten.

II. Verlängerung des Gebärmutterhalses mit Scheidenvorfällen.

Forschen wir nach den ätiologischen Momenten, wodurch solche Verlängerungen bedingt werden, so finden wir meist, dass diese Elongationen Folge von Störungen des puerperalen Involutionsprozesses des Uterus oder Folge von chronischer paremchymatöser Metritis, besonders von Endometritis colli sind. Nach Martin[4]) ist gleich nach der Geburt besonders der Mutterhals sehr verlängert und somit eine vorzügliche Disposition zu bleibender Verlängerung gegeben, welche dann zur Ausbildung gelangt, wenn die Frauen im Wochenbett sich nicht gehörig abwarten, und demnach die Rückbildung des verlängerten Collum nicht regelmässig zu Stande kommt.

In denjenigen Fällen aber, wo sich zugleich eine Cystocele findet, ist wohl anzunehmen, dass mitunter die Cystocele vaginalis sich zuerst ausbildet hat, und dass diese, zumal wenn die Ligamenta pubo-vesico-uterina sehr erschlafft sind, dagegen die Ligamenta sacro-uterina den Uteruskörper in regelmässiger Lage erhalten, durch continuirlichen Zug und durch Zerrung eine Verlängerung und Hypertrophie des Cervix uteri herbeiführt. Denn wenn der Uterus in seiner oberen Parthie vermittelst der Ligamenta fest angeheftet ist, so muss, sobald die Hernie mit Urin gefüllt ist, die untere Gebärmutterparthie, zumal da die Muskelfasern der Vagina continuirlich in den Uterus übergehen, gezerrt

[4]) Martin: „Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten.“ Berlin 1866. S. 44.

und gedehnt werden. Wo dagegen eine Umstülpung der Scheide allein mit Verlängerung des Cervix vorliegt, da geht der Prolapsus wohl immer vom Cervix selbst aus, denn die Kraft des Zuges einer prolabirten Scheide ist, wie auch Virchow[5]) behauptet, zu gering, als dass sie jene Elongation und Hypertrophie des Mutterhalses zu Stande bringen könnte; bei gleichzeitiger Cystocele vaginalis kann jedoch bald diese, bald die Verlängerung das primäre Leiden sein.

1. Verlängerung des Cervix mit Vorfall der vorderen Scheidenwand.

Dass eine schwere Entbindung, sowie eine versäumte Lactation hemmend auf den Involutionsprozess im Wochenbette einwirken, dafür giebt uns folgender Fall ein Beispiel (Klin. Journal, 29. Sept. 1859): M. Froehlich, 24 Jahre alt, ist seit dem 16 Jahre regelmässig menstruirt und wurde im Juni 1858 mittelst der Zange entbunden. Sie stillte den Knaben nicht. Drei Monate nach der Entbindung trat die Regel ein, welche sehr profus war, ausserdem stellten sich Fluor albus, Kreuz- und Leibschmerzen ein. Bald hernach bemerkte Patientin einen Vorfall, der in letzterer Zeit grösser geworden sein soll.

Zwischen den Schenkeln ragt aus der Schamspalte eine etwa 10 Cm. lange birnförmige Geschwulst, auf welcher nach rechts hin eine 8 Cm. hohe und 5 Cm. breite Ulceration der Schleimhaut besteht. Durch das Orificium uteri externum geht die Sonde leicht auf

[5]) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. II. S. 205.

13 Cm. ein. Die Blase ist in die vordere Scheidenwand eingestülpt. Die Geschwürsfläche hat callöse Ränder; das Sekret ist schmutzig gelb gefärbt, der Grund ziemlich eben und trocken. Aus dem Muttermund quillt etwas Blut. Es wird mit Arg. nitr. touchirt. Am 6. August 1860 ist die Geschwürsfläche ziemlich rein und verkleinert. Es wird eine Solutio Argenti nitrici verordnet und ein rundes Pessarium eingelegt. Später wird die Kranke in der gynäkologischen Abtheilung der Charité behandelt. Am 20. Januar 1866 geht die Sonde nach unten in die Cystocele 6,5 Cm. weit ein, nach oben zum Blasengrund 9 Cm. Der Uterus ist noch um 5,5 Cm. zu lang. Es wird wieder ein Kranz eingelegt und Magnesia gegeben.

Unter den 195 Fällen waren 33 Fälle von Prolapsus vaginae anterior cum elongatione cervicis uteri, wobei 25 Mal zugleich eine Cystocele constatirt wurde.

2. Verlängerung des Cervix mit Vorfall der hinteren Scheidenwand.

Während des Geburtsactes kommt es nicht selten vor, dass das Perinaeum beim Ein- und Durchschneiden des Fruchtkopfes eine Verletzung erleidet, dass nicht blos die Dammhaut und mit ihr die Fascia perinaei superficialis verletzt wird, sondern dass auch der Musculus constrictor cunni und die Musculi perinaei, selbst der unterste Theil der hinteren Scheidenwand getrennt werden. Bei einem solchen Zustande nun hat die hintere Scheidenwand sehr viel an Unterstützung verloren, und es kann jetzt leicht durch irgend eine geringfügige Veranlassung eine Dislocation jener

Wand nach unten zu Stande gebracht werden. Wirkt die Bauchpresse etwas zu stark ein auf die Beckenorgane, oder geht die Defäcation nicht regelmässig von Statten, so ist es unausbleiblich, dass die hintere Vaginalwand und mit ihr die vordere Wand des Rectums ausgestülpt werden. Tritt später Vernarbung und Schrumpfung ein, so muss auch hierdurch mitunter ein Zug auf die hintere Parthie der Scheide und somit mittelbar auf den Cervix uteri ausgeübt werden. Jedoch kann in andern Fällen auch die primäre Ursache des Prolapsus des oberen Theiles der hintern Vaginalwand in der Verlängerung des Mutterhalses liegen.

Unter den 195 Fällen von Prolapsus waren nur 7 Fälle von Prolapsus vaginae posterior cum elongatione uteri vorhanden. 4 Mal fand sich zugleich Rectocele. Nur 2 Mal war ein vernarbter Dammriss zu constatiren. 2 Mal hatten nach Angaben der Kranken schwere Geburten stattgehabt; 1 Mal schweres Wochenbett; 1 Mal starke Anstrengung im Puerperium, und 1 Mal war keine hinlängliche Ursache zu eruiren, es bestand starker eitriger Ausfluss.

Von diesen Fällen will ich folgende zwei hier mittheilen:

I. (Klin. Journ., 12. Mai 1859) Frau Rathges, 72 Jahre alt, ist immer gesund gewesen; sie gebar vor 34 Jahren einen lebenden Knaben ohne Kunsthülfe, das Wochenbett soll jedoch schwer gewesen sein, und später zeigte sich ein Vorfall. 3 Jahre später gebar sie ein Mädchen ohne Kunsthülfe und das Wochenbett war dies Mal regelmässig. Der Vorfall hat die Frau früher wenig belästigt. Jetzt ist derselbe jedoch seit 4 Jahren

mit allerlei Beschwerden verknüpft. Besonders leidet die Kranke an Constipation, Pressen und Drängen nach unten, Urinbeschwerden sind nicht vorhanden. Die Untersuchung ergiebt einen 2,5 Cm. langen übernarbten Dammriss; das Orificium urethrae externum ist geröthet und mit Granulationen besetzt. Im Introitus vaginae liegt ein länglicher, von blasser Schleimhaut bekleideter Wulst, der sich nach hinten hinaufschieben lässt. Die Untersuchung mit der Sonde ergibt eine Verlängerung des Uterus um 4 Cm. Die Portio vaginalis ist sehr weich und schlaff, mehrfach nach oben und links eingerissen; es besteht also ein Prolapsus vaginae posterior cum rectocele et cum elongatione cervicis uteri.

Bei folgendem Falle waren schwere Entbindungen dem Prolapsus vorausgegangen:

II. (Klin. Journ. 8. Júni 1861.) Wittwe Blumenthal, 62 Jahre alt, mit 13 Jahren menstruirt, hat im 33. Jahre die Menses gänzlich verloren. Sie hat 8 ausgetragene Kinder und 2 Aborten geboren, und ist immer mit Kunsthülfe entbunden worden. Nach der 3ten Entbindung soll sich ein Prolapsus mit heftiger Blutung eingestellt haben. Jetzt sind Schmerzen in der Kreuzgegend vorhanden.

Die Blase wird an ihrer gewöhnlichen Stelle gefunden, während die Portio vaginalis herabgerückt ist; hinter dieser ist deutlich eine Rectocele vaginalis zu erkennen. Der Uterus ist 7,3 Cm. zu lang. Die Reposition gelingt leicht. Es wird ein Pessarium eingelegt.

3. Verlängerung des Cervix mit Vorfall beider Scheidenwände.

Häufiger kommt es vor, dass mit der Senkung des Cervix uteri eine Senkung beider Scheidenwände besteht. Unter den 195 Fällen zeigte sich dieses Verhalten 20 Mal.

Für diese Fälle liegt, wie bereits früher auseinandergesetzt, die primäre Ursache bald in der Inversion der Scheide, bald in der Verlängerung und Senkung des Cervix uteri.

I. (Klin. Journal. 5. Eerb. 1863.) Frau Schäfer, 32 Jahre alt, wurde mit 24 Jahren zuerst entbunden. Seitdem verliefen noch 6 Geburten ohne Kunsthülfe. In der dritten Schwangerschaft soll sich ein Vorfall eingestellt haben. Bei der Exploration zeigt sich die hintere Scheidewand stark prolabirt, zugleich besteht eine Rectocele. Die vordere Scheidewand ist nicht so sehr dislocirt. Die Uterusssonde geht 14,5 Cm. in die Blase hinauf, nach abwärts lässt sie sich nicht einführen. — Cystocele besteht also nicht. Der Uterus ist um 8 Cm. verlängert und zwar betrifft die Verlängerung nur den Cervix. Der Muttermund ist etwas geröthet, aber nicht erodirt. Es werden Alauntampons empfohlen.

III. Der Uterus ist mit seinem unteren Theile herabgesunken.

Diese Form ist eigentlich mit der vorher abgehandelten eng verbunden, jedoch will ich hier die einfache Verlängerung und Hypertophie des Cervix ohne wei-

tere Complication gesondert besprechen. Die normale Länge des Uterus beträgt 6,5 Cm., die Länge der Scheide nach Hyrtl ebensoviel. Wenn nun der Uterus in seiner unteren Parthie eine Verlängerung von 3 bis 6 oder noch mehr Cm. erfährt, so ist es leicht möglich, dass ein solcher Zustand dem oberflächlichen Beobachter eine Senkung des ganzen Uterus vortäuscht; in der Wirklichkeit steht aber der Fundus uteri nicht tiefer als normal, nur der cervix uteri hat diese Verlängerung, diese Herabsenkung erfahren. Um nun den wahren Sachverhalt in jedem einzelnen Falle festzustellen, um eine hinlänglich sichere und klare Vorstellung von den besonderen Verhältnissen der innern Genitalorgane bei einem Vorfall zu erlangen und somit eine geeignete Therapie einschlagen zu können, ist die Exploration mit der Uterussonde von der grössten Wichtigkeit und unbedingt nothwendig; Herr Geheimrath Martin führt dieselbe in jedem Falle mit der grössten Sicherheit aus, ohne davon jemals nachtheilige Folgen gesehen zu haben.

Ueber einzelne aetiologische Momente, durch welche eine Elongation des Cervix zu Stande kommt, haben wir bereits früher gesprochen; wir wollen jetzt noch Einiges über jene Prozesse hinzufügen, durch die eine exquisite Hypertrophie des Cervix und besonders der Portio vaginalis ausgebildet wird. Förster sagt über die Entstehung der Hypertrophie des Scheidentheiles: „Sie bildet sich nach wiederholten Entbindungen, chronischen chatarrhalischen Entzündungen, oft wiederkehrenden localen Reizungen, mechanischen Hyperämieen oder zuweilen auch spontan. Die Hypertrophie ist bald

gleichmässig, und dann bildet die Vaginalportion einen taubenei- bis wallnussgrossen glatten oder meist vielfach eingekerbten Wulst mit rundlicher Oeffnung in der Mitte, bald ungleichmässig, indem entweder beide Lippen als einfache oder durch tiefe Einkerbungen fast gelappte, zungenartige Geschwülste hervorragen, oder eine derselben, insbesondere die vordere, vorwiegend entwickelt ist und rüsselartig, glatt oder gelappt über die andere sich verwölbt (von Virchow als rüsselförmige oder polypöse Verlängerung der Muttermundslippen beschrieben). In letzteren Fällen erreicht die Geschwulst zuweilen einen so bedeutenden Umfang, dass sie zwischen den Schamlippen hervorragt und für einen prolabirten Uterus gehalten werden kann[6]).“

Die einfache Hypertrophie des Scheidentheiles kommt im Ganzen selten zur Beobachtung; unter den 195 Fällen finde ich dieses Verhalten der Portio vaginalis nur 7 Mal, wovon ich folgende 2 Fälle mittheile:

I. (Klin. Journ. 25. Juni 1861.) Frau Bolle, 35 Jahre alt, hat 2 Kinder geboren und zuletzt vor einem halben Jahre einen Fötus immaturus. Sie will schon seit 13 Jahren an einem Vorfall leiden, der jetzt seit dem Abortus bedeutend zunimmt. Es zeigt sich die Portio vaginalis, welche leicht blutet, bedeutend hypertrophirt. Die Sonde geht bis auf 12 Cm. in die Uterushöhle ein. Es werden Bleiwasserumschläge verordnet.

II. Bei Frau Lenne, (Klin. Journ. 15. Juli 1865.) 62 Jahre alt, ist ebenfalls zwischen den Genitalien

---

6) Förster, Handbuch der pathologischen Anatomie. 1863. II. Th. S. 410.

der ulcerirte Muttermund sichtbar. Der Uterus ist 5 Cm. zu lang; die Scheidewände sind nicht mit prolabirt.

Herr Geheimrath Martin theilte mir ausserdem noch mit, wie er 2 Mal bei Kindern eine solche bedeutende Hypertrophie der Portio vaginalis in Folge von entzündlichen Zuständen gesehen hätte. Ein Fall betraf ein dreijähriges Mädchen, bei welchem der Scheidentheil zwischen den Schamlippen weit hervorragte, die Länge des Uterus 10—12 Cm. betrug und der Muttermund eine Querspalte bildete.

2. Vorfall des ganzen Uterus.

Fragen wir uns, was die Grundbedingung zum Zustandekommen des Gebärmuttervorfalles sei, so wird es uns wohl leicht einleuchten, dass, wenn der Uterus sich senken soll, die ligamentösen Apparate, welche ihn in seiner Lage fixiren, insbesondere also die Ligamenta pubo-vesico-uterina und die Ligamenta sacro-uterina ihre normale Straffheit, Festigkeit und Elasticität eingebüsst haben müssen; die Ligamente, welche vom Peritonaeum gebildet werden, also die Ligamenta uteri lata und auch die rotunda sind nachgiebig und dehnbar genug, um dem sich senkenden Uterus leicht zu folgen. Auch kommt ein Gebärmuttervorfall wohl höchst selten zu Stande, so lange der Beckenboden, die Fascien und Muskeln des Beckens straff und fest sind. Keineswegs kann jedoch die Vagina als Trägerin des Uterus angesprochen werden; sie trägt durchaus nicht soviel zur Fixirung des Uterus in seiner Lage bei, dass ein Gebärmuttervorfall durch ihre Erschlaf-

fung und Senkung bedingt ist. Wenn zum Scheidenvorfall sich secundär eine Senkung der Gebärmutter hinzugesellen soll, so müssen nothwendig die Ligamenta sacro-uterina und pubo-vesico-uterina erst erschlaffen. Tritt dieses ein, so kann man allerdings mitunter beobachten, dass besonders durch Cystocele oder Rectocele vaginalis ein Descensus oder vollkommener Prolapsus uteri allmälig erzeugt wird.

Die Muskulatur der Scheide zerrt in solchen Fällen fortwährend am Cervix uteri, dieser wird hypertrophisch und verlängert; es geben allmälig die Ligamenta uteri nach, und es folgt alsdann der ganze Uterus dem Zuge. In seltenen Fällen wirken auch Verkürzungen und Schrumpfungen der Vagina durch Vernarbungen bedeutender Ulcerationen ein. Auch finde ich Fälle verzeichnet, wo die Gebärmutter durch Geschwülste, Eierstockscysten, Fibroide etc. eine Dislocation nach unten erfahren hat. Zu einem Prolapsus uteri prädisponirt besonders das Puerperium; während dieser Periode sind, sowie das Gebärorgan selbst, auch die dasselbe befestigenden Bänder und die überziehenden Bauchfellfalten bedeutend ausgedehnt und sollen erst im Verlaufe des Puerperium ihre Festigkeit wiedererlangen. Kommt es nun zu heftigen Contractionen der Bauchmuskeln durch zu frühzeitig starke Anstrengungen, heftige Hustenanfälle, schweres Pressen beim Stuhlgang, wodurch die Eingeweide und somit auch der Fundus uteri einen Druck erleiden müssen, so kann leicht sogar ganz plötzlich ein vollkommener Vorfall des Uterus und der Vagina entstehen. Meist aber kommt der Prolapsus allmälig zu Stande bei

schlaffer und weiter Scheide, nachgiebigen Bändern und Bauchfellfalten durch öfter wiederkehrende vehemente Bauchpresse.

Unter den 195 Fällen kamen 28 Fälle von Uterusvorfall mit Vorfall der vorderen Scheidenwand vor.

Uterusvorfälle mit einer alleinigen Senkung der hinteren Scheidewand sind höchst selten; ich habe unter den 195 Fällen nur 2 gefunden.

Am häufigsten von allen Formen des Prolapsus kommt der Vorfall der Gebärmutter in Verbindung mit Vorfall beider Scheidenwände vor; ich fand diese Form 37 Mal verzeichnet.

Die aetiologischen Momente sind hier dieselben, wie wir sie oben bereits angegeben haben.

Was die Symptome des Gebärmuttervorfalles anbetrifft, so sind diese verschieden, je nachdem das Leiden sich allmälig entwickelt oder plötzlich in Folge einer die Kranken treffenden äusseren oder inneren Schädlichkeit. Im ersteren Falle klagen die Kranken gewöhnlich über ein Gefühl von Abwärtsdrängen, über Schmerzen und Ziehen im Kreuz und in den beiden Inguinalgegenden. Fast in allen Fällen finde ich Klagen über häufigen Harndrang sowie über beschwerlichen und sehr unregelmässigen Stuhlgang. Besonders nehmen diese Beschwerden zur Zeit der Menstruation an Intensität bedeutend zu. Es treten oft noch consensuelle Erscheinungen in den Verdauungsorganen hinzu, Magenschmerzen, Schmerzen im Epigastrium, wonach bald Anomalien in den Functionen des Nervensystems eintreten können.

Besteht bloss eine Senkung der Gebärmutter, so

sieht man die vordere und hintere Scheidenwand sich in Form von Wülsten hervorwölben und der zwischen diesen prolabirten Wänden hinaufgleitende Finger trifft schon bald am Beckenausgang die Portio vaginalis an. Ist die Gebärmutter aus dem Becken hervorgetreten, so erscheint eine zwischen den Schamlippen hervorragende faustgrosse Geschwulst, deren Oberfläche von der umgestülpten Scheide gebildet wird: am unteren und vorderen Ende derselben bemerkt man das Orificium uteri externum. Führt man eine Sonde in die Harnblase, so lässt sich oft feststellen, dass der untere, hintere Theil derselben den vorderen oberen Theil der Geschwulst einnimmt: dieser Theil ist entweder durch den prolabirenden Uterus mitherabgezogen worden oder er ist primär herabgesunken und hat den schlecht fixirten Uterus nach sich gezogen; jedoch nicht immer besteht ein solches Divertikel, da die Blase dem Zuge nicht gefolgt ist, sondern sich von der Vagina und dem Cervix allmälig abgetrennt hat. Auch die vordere Wand des Rectum kann durch den prolabirenden Uterus herabgezerrt werden. Bleibt nun der Prolapsus längere Zeit bestehen, so wird die Scheidenschleimhaut nach und nach trocken und bedeckt sich mit Pflasterepithel. In anderen Fällen wird die Schleimhaut durch Einwirkung äusserer schädlicher Einflüsse in Entzündung versetzt; es kann sogar zur Eiterbildung, zu Ulcerationen, selbst zu diphtheritischer Entzündung und Gangrän kommen, wie ich dies in einem Falle sah.

Nicht ausser Acht zu lassen ist ferner die Lageveränderung des Uterus, welcher ziemlich häufig von der Richtung der Beckenachse abweicht, indem der

Gebärmuttergrund, nachdem er bereits herabgerückt ist, nach vorn oder nach hinten sinkt, wodurch der Symptomencomplex wesentlich modificirt werden kann. Ich zählte 28 Fälle, in denen ausser dem Prolapsus noch eine Anteflexion oder eine Retroflexion uteri bestand.

Folgenden interessanten Fall von Vorfall mit Zurückbeugung der Gebärmutter beschreibt Herr Geheimrath Martin:

Frau Schmohl, 59 Jahre alt, mit 18 Jahren menstruirt, 4 mal ohne besondere Zufälle entbunden, überstand im Jahre 1845 einen Abortus, nach welchem sie acht Wochen lang an Blutungen gelitten haben will. Seit 12 Jahren soll ein Prolapsus uteri bestehen, der allmälig an Grösse zugenommen hat. Am 11. October 1862, an welchem Tage die Kranke in die stationäre gynäkologische Klinik eintritt, ragt eine über 5 Cm. lange und 4 Cm. im Querdurchmesser haltende Geschwulst aus der Scheide, an deren vorderer, unter der Schamfuge gelegenen Stelle sich das Orificium uteri findet, welches von einem Viergroschenstückgrossen Geschwür umgeben ist. Die hintere Scheidenwand, welche die Geschwulst bekleidet, ist an der hinteren Commissur stark ulcerirt: Aqua Plumbi zu Umschlägen, Reposition, horizontale Lage. Am 3. November Alauntampons; Ulcus fast geheilt. — Die Untersuchung des prolabirten Uterus mit der Uterussonde, welche mit der Concavität nach hinten eingeführt werden muss, ergiebt den Kanal 2,6 Cm. länger als normal und in einem stumpfen Winkel retroflectirt, so dass der Fundus uteri, nur von der hin-

teren Scheidenwand bedeckt, ganz aus den Schamtheilen hervorgetreten erscheint und sich mit den Fingern umgreifen lässt. Durch Einlegung eines gestielten Mutterkranzes werden die Beschwerden der Kranken endlich gehoben, nachdem verschiedene andere Mittel vergeblich angewendet waren. An derselben Stelle erwähnt Martin auch eines Falles von Vorfall der vorderen Scheidenwand und Cystocele mit Retroflexio uteri[7]).

Gegen Ende des vorigen Jahres sah ich einen solchen Fall in der Klinik des Herrn Geheimrath Martin: Frau Ebel, 34 Jahre alt, mit 19 Jahren menstruirt, wurde im 24. Jahre zuerst und im 29. Jahre zum 2ten Male leicht entbunden. Die letzten Menses waren Anfangs September. Seit der letzten Entbindung soll eine Geschwulst vor die Scheide getreten sein. Man sieht einen länglich runden Wulst unter der Symphysis hervortreten, dessen Oberfläche von weissröthlicher Farbe und mit feinen Querfalten überzogen ist. Das Rectum ist dicht über dem Sphincter ani zu einem weiten Sack ausgebuchtet. Die Portio vaginalis ist zierlich; vor derselben fühlt man eine Geschwulst, die sich bei äusserer und innerer Untersuchung als der Uteruskörper ergiebt; die Oberfläche des gesenkten Uterus ist von livider Färbung. Es werden Klystiere von kaltem Wasser zunächst verordnet.

Fassen wir das Ganze zusammen, so sehen wir leicht ein, dass die Vorfälle der Scheide und der Gebärmutter sich sehr mannigfach uns darstellen können, und

---

[7]) Martin, „die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten.“ Berlin 1866. S. 154.

dass die einzelnen Formen sehr oft in einander übergehen. Keineswegs ist es immer leicht festzustellen, welche Beckenorgane am Vorfall und in welcher Weise sie betheiligt sind; zur Erlangung einer exacten Diagnose müssen Scheidenwandungen, Rectum und mit der Uterussonde Harnblase und Uterushöhle genau untersucht werden.

Bevor ich diese Abhandlung schliesse, liegt mir noch die angenehme Pflicht ob, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrath Martin für die Freundlichkeit, mit welcher er mir stets in seiner Klinik entgegenkam und für die grosse Bereitwilligkeit, mit der er mir das Material zu dieser Arbeit zu Gebote stellte, meinen innigsten Dank auszusprechen.

THESEN.

1. Bei noch stehendem Fruchtwasser muss man immer die Querlage in eine Längslage durch äussere Handgriffe zu verwandeln suchen.
2. Zur Resection des Ellbogengelenkes ist der Langenbeck'sche Längsschnitt dem Moreau'schen Hschnitt vorzuziehen.
3. Die Trichinenkrankheit kann nur symptomatisch behandelt werden.

Der Verfasser, geboren zu Hüls am 21. September 1842, katholischer Confession, besuchte zuerst während vier Jahre die Rectoratschule seines Geburtsortes und darauf vier Jahre hindurch das Gymnasium zu Kempen, wo er im Herbste 1863 das Zeugniss der Reife erhielt. Sodann besuchte er die Universität zu Bonn während vier Semester, nach deren Ablauf er das Tentamen physicum bestand. Derselbe studirte darauf zwei Semester in Würzburg und bezog dann im Herbst 1866 die Universität zu Berlin. Seine Lehrer waren in Bonn: Bischoff, Busch, de la Valette, Doutrelepont, Pflüger, Plücker, Schaffhausen, Schacht, Schultze, Troschel, Weber; in Würzburg: v. Bamberger, v. Bezold, v. Franqué, Geigel, v. Linhart, v. Recklinghausen, Rinecker, v. Tröltsch; in Berlin: Bergson, Ebert, Frerichs, Hüter, Kristeller, v. Langenbeck, Martin, Traube, Virchow.